Chirurg 2015 · 86:898
 DOI 10.1007/s00104-015-0067-z
 Online publiziert: 30. Juli 2015
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

K. Götzky · J. Jähne

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie,
 Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover, Hannover, Deutschland

Minimal-invasive Ösophagusresektion

Ergebnisse einer prospektiven Multicenterstudie

Originalpublikation

Luketich JD, Pennathur A, Franchetti Y et al (2015) Minimally invasive esophagectomy – results of a prospective phase II multicenter trial – the eastern cooperative oncology group (E2202) study. *Ann Surg* 261:702–707

Hintergrund

Bei lokal begrenztem Ösophaguskarzinom, dessen Inzidenz in den letzten 30 Jahren zunimmt, kann die Ösophagusresektion eine potenziell kurative Therapie sein, zählt jedoch zu den komplexen viszeralchirurgischen Operationen mit hoher Morbidität und Mortalität. Möglicherweise kann die minimal-invasive Ösophagusresektion (MIE) die perioperative Komplikationsrate senken. Die vorliegende prospektive Phase-II-Multicenterstudie, die 2004 begann und deren Ende nicht angegeben ist, untersucht die Machbarkeit der MIE mit Blick auf die 30-Tage-Mortalität als primärem Endpunkt.

Material und Methoden

An 17 Zentren mit ausgewählten Chirurgen wurde die MIE bei histologisch gesicherter hochgradiger Neoplasie oder bei Karzinomnachweis im mittleren und unteren Ösophagusdrittel nach einem einheitlich strukturierten operativen Vorgehen mit einem Operationsvideo als Vorgabe durchgeführt. Voraussetzung für die Zulassung zur Studie war darüber hinaus die minimal-invasive Durchführung sowohl des thorakalen als auch des abdo-

minellen Teils der Operation. Die Anlage der Anastomose als zervikaler oder thorakaler Anschluss mit Hand- oder Staplernaht oblag dem Operateur.

Neben der 30-Tage-Mortalität wurden das Auftreten unerwünschter Ereignisse sowie die Krankenhausverweildauer, die Anzahl resezierter Lymphknoten und das 3-Jahres-Überleben ausgewertet.

Ergebnisse

Bei 91,3 % (95/104) der Patienten konnte die Resektion protokollgemäß erfolgen und ausgewertet werden. R0-Resektionen wurden in 96 % erreicht. Das mediane Alter der zu 80 % männlichen Patienten lag bei 65 Jahren. In 34 % war eine neoadjuvante Therapie erfolgt (26 % Radiochemotherapie und 8 % Chemotherapie), die keinen Einfluss auf den Verlauf hatte.

Nach 30 Tagen betrug die Mortalität 2,1 % (Vergleichsgruppe 2,9 %). Im Median verbrachten die Patienten 2 Tage auf der Intensivstation und 9 Tage im Krankenhaus. Zu den schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen zählten die Anastomoseninsuffizienz (8,6 %), ARDS („acute respiratory distress syndrome“; 5,7 %), Pneumonie (3,8 %) und Vorhofflimmern (2,9 %). Im Median konnten 19 Lymphknoten entfernt werden. Die 3-Jahres-Überlebensrate lag bei 58,4 % und lokoregionäre Rezidive wurden in 6,7 % ($n=7$) festgestellt.

Diskussion

Die Autoren bewerten die MIE als machbare, sichere Operation mit akzeptabler Morbidität und niedriger Mortalität, die zu guten onkologischen Resultaten führt. Voraussetzung dafür sei aber die Erfahrung in der offenen Ösophaguschirurgie sowie in der minimal-invasiven Chirurgie. Die Studie kann als weiterer Beleg für die Bedeutung der minimal-invasiven Operationstechniken gerade auch in der onkologischen Chirurgie gewertet werden. Dabei darf allerdings nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Lernkurve deutlich flacher verläuft als bei anderen minimal-invasiven Operationen, zumal diese Eingriffe wahrscheinlich nur spezialisierten Zentren vorbehalten sein sollten.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Götzky

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
 Schwerpunkt für endokrine und onkologische
 Chirurgie
 Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
 Hannover
 Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
 kristina.goetzky@ddh-gruppe.de

Interessenkonflikt. K. Götzky und J. Jähne geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.